

 ASLNuoro	Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenti	MO 01
		Rev. 1 del 20/09/2010
Servizio Prevenzione e Protezione		

Introduzione: si parla di rischi interferenti quando si verifica un “contatto rischioso” tra il personale ASL di Nuoro e quello dell’appaltatore o tra il personale di imprese diverse che operano nella stessa sede aziendale con contratti differenti. In linea di principio occorre mettere in relazione i rischi presenti nei luoghi in cui verrà espletato il servizio o la fornitura con i rischi derivanti dall’esecuzione del contratto richiesto. **Il documento, una volta compilato, deve essere inoltrato al Servizio successivo.**

1. Parte da compilarsi a cura del Richiedente/Gestore:

Titolo dell'appalto: SISTEMI DIAGNOSTICI PER TIPIZZAZIONE HLA
 Referente: DOTT. PIER PAOLO BITTI tel. 3466774266

Servizio Amministrativo interessato alla gara: S. Tecnico S. Provveditorato

Descrizione esaustiva dei luoghi e delle modalità di esecuzione del servizio oggetto della richiesta con particolare riferimento alle possibili interferenze con altri soggetti ed alle attività previste per evitare e/o ridurre le stesse:

FORNITURA di STRUMENTI DA BANCO
PRESSO I LOCALI DELLA TIPIZZAZIONE TESSUTALE
(EX ANATOMIA PATOLOGICA)

Tipologia e modalità delle attività di verifica espletate sulle attività degli appaltatori:

.....

.....

..... segue



Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenti

Contrassegnare la casella corrispondente alla tipologia di appalto e proseguire il documento come indicato

Attività non soggette a valutazione SPEP

(trasmettere direttamente a Provveditorato/Tecnico punto 3)

- servizio di natura intellettuale (es. formazione, consulenza, ecc);
- mera fornitura di materiali o attrezzature con eventuale installazione inferiore ai due giorni di lavoro;
- lavori o servizi la cui durata non sia superiore ai due giorni che **non** comportano rischi da presenza di agenti cancerogeni, biologici, atmosfere esplosive, rischi di caduta da altezza > ai 2 m, Radiaz. Ionizz.;
- servizio per il quale non è prevista l'esecuzione all'interno dell'Azienda Sanitaria (si intende per "interno" tutti i locali/luoghi messi a disposizione dalla stessa per l'espletamento del servizio, anche se non sede dei propri uffici)

Attività soggette a valutazione SPEP

- fornitura con installazione di durata superiore ai due giorni di lavoro;
- fornitura con installazione che comporta rischi da presenza di: agenti cancerogeni, biologici, atmosfere esplosive, rischi caduta dall'alto da h > 2 metri, radiazioni ionizzanti (cancellare i non applicabili);

Specificare:.....
.....

- interferenze derivanti da sovrapposizioni di più attività svolte da operatori di appaltatori diversi;

Specificare:.....
.....

- interferenze immesse nel luogo di lavoro del committente dalle lavorazioni dell'appaltatore (per esempio interruzione di alimentazioni, produzione significativa di polvere, vibrazioni, rumore);

Specificare:.....
.....

- interferenze esistenti nel luogo di lavoro dell'Azienda, ove è previsto che debba operare l'appaltatore (per esempio presenza di sostanze pericolose, pazienti potenzialmente eteroaggressivi, apparecchiature pericolose ad esempio di risonanza magnetica, radiazioni ionizzanti);

Specificare:.....
.....

- interferenze derivanti da modalità di esecuzione particolare esplicitamente richiesta dal committente, che comportano rischi aggiuntivi rispetto a quelli specifici dell'attività appaltata;

Specificare:.....
.....

Data 02/07/12

Timbro e firma del Direttore dell'UO

2. Parte da compilarsi a cura del Servizio Prevenzione e Protezione

Compilatore del Modulo: **Ing. Raffaele Gregu** tel. **0784 240 804**

Alla luce delle informazioni rese, si attesta (barrare la casella di interesse):

- l'insussistenza di rischi da interferenza.
- la sussistenza di rischi da interferenza, in relazione ai quali si prescrive di adottare i seguenti accorgimenti, finalizzati ad eliminare o ridurre al minimo il rischio:

Risultata mera fantasma e quindi non oggetto di DUVRI.

Tuttavia dovrà essere cura dell'Unità valutare ogni interferente nei precisi e durante il lavoro.

E' necessaria l'effettuazione della riunione di ulteriore coordinamento: SI NO

CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA

Il presente documento è redatto sulla base delle informazioni fornite dal Servizio competente (Richiedente / Gestore) e fa riferimento a condizioni ovviamente non ancora in essere; nella redazione dello stesso è stata posta la massima cura ed attenzione, ciò nonostante non può essere esclusa la necessità di rivalutazione in caso di aggiornamenti legislativi o in caso di variazione delle condizioni di lavoro come sopra descritte. Chiunque rilevi tali variazioni o semplicemente osservi rischi non evidenziati nel presente documento è tenuto a darne immediata notizia al RSPP dell'Azienda.

Data *19-07-2012*

Timbro e firma del RSPP:

AZIENDA SANITARIA DI NUORO
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE
 Il Responsabile
Ing. Raffaele Gregu

3. Parte da compilarsi a cura del Servizio Amministrativo competente

Compilatore del Modulo: **FRANCESCO BOMBOI** tel.

Alla luce delle informazioni rese, si valutano i seguenti costi per l'eliminazione o riduzione dei rischi interferenti:

tenuto conto di quanto sopra esposto non sussistono costi per l'eliminazione o riduzione dei rischi interferenti.

..... e le informazioni elaborate da SPEP (punto 2) e dal Servizio scrivente (punto 3) vanno riportate nella documentazione di bando.

Data *18/9/2012*

Timbro e firma del Referente SA
IL RESPONSABILE
DEL SERVIZIO PROVV.TO
(Dr. Francesco Bomboi)

 ASL Nuoro	Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenti	
		MO 01
<i>Servizio Prevenzione e Protezione</i>		Rev. 1 del 20/09/2010

4. Parte da compilarsi a cura della Ditta partecipante alla gara:

Nominativo Referente gara:

e-mail@..... tel. tel.

Nominativo Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione

e-mail@..... tel. tel.

Si fa obbligo al Datore di Lavoro della ditta Appaltatrice di vigilare sulla sicurezza del proprio personale in merito ai rischi interferenti e segnalare tempestivamente qualunque problema al Referente e al RSPP dell'Azienda Sanitaria di Nuoro secondo i recapiti contenuti nel documento informativo.

La firma sotto riportata vale quale ACCETTAZIONE da parte della ditta del presente DUVRI

Timbro della Ditta APPALTATRICE e firma del titolare o del legale rappresentante o di persona abilitata ad impegnare legalmente la Ditta